

新型インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度 分
--------	-----

住所				
受ける人の氏名		男	生年	平・令 年 月 日
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 カ月)
接種対象者分類	1. 基礎疾患を有する者 2. 小児(1歳～就学前) 3. 小学校1～3年生			
	4. 小学校4～6年生 5. 1～4以外の者			
年齢区分	1. 小児(1歳～就学前) 2. 小学校1～3年生 3. 小学校4～6年生 4. 1歳未満			

質問事項	回答欄		備考
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか	ある	ない	
生まれてから今までに先天性異常、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹出たりじんましんが出たりと、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたかはいいいえ	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	